



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)
아동 기별 서비스 플랜 (ISP)
 CHILD'S INDIVIDUAL SERVICE PLAN (ISP)

날짜

제 1부 : 장애 여부 증명				
아동의 성명	생년월일	DDD 번호	소셜 시큐리티 번호	
주소 도로명 / 번호	시	주 우편번호	거주 유형	
법적 대변인의 성명	관계	전화번호(지역 번호 포함)		
학교명 / 직장명		전화번호(지역 번호 포함)		
ISP 참가인원들				
수입 <input type="checkbox"/> SSI - 금액 \$ <input type="checkbox"/> 사회보장수당 - 금액 \$ <input type="checkbox"/> 기타 - 연금 \$				
의료상의 염려 및 주의사항				
약제 및 투약(복용)량				
의사	전화번호	지난 의사면담일		
치과의사	전화번호	지난 의사면담일		
<input type="checkbox"/> 의료 혜택 쿠폰 <input type="checkbox"/> 다른 의료보험 (구체적으로 기입요):		ACES ID 번호		
제 2부 : 아동지원 필요 상황 평가서				
1. 아동이 같은 또래의 아이들과 동등한 수준으로 스스로 옷을 입고 몸차림을 하려면 어떤 지원이 필요합니까?				
<input type="checkbox"/> A 스스로 옷을 입고 몸차림을 하기에는 너무 어렵.		<input type="checkbox"/> B 스스로 옷을 입고 몸차림을 하는 데에는 물리적인 도움, 집중 훈련 및 치료 일체 등 많은 지원이 필요함.		<input type="checkbox"/> C 스스로 옷을 입고 몸차림을 하는 데에는 물리적인 도움, 집중 훈련 및 치료 일체 등 적정한 지원이 필요함.
<input type="checkbox"/> D 스스로 적절히 옷을 입고 몸차림을 하도록 주의나 지시가 필요함.		<input type="checkbox"/> E 연령에 맞게 스스로 옷을 입고 몸차림을 할 수 있음(물리적으로 도움이 필요할 수도 있음).		
의견				

2. 아동이 같은 또래의 아이들과 동등한 수준으로 대소변으로 보려면 어떤 지원이 필요합니까?

 A

스스로 대소변을
보기에는 너무 어림.

 B

스스로 대소변으로 보는
데에는 물리적인 도움,
집중 훈련 개입 및
일일치료 일체 등 많은
지원이 필요함.

 C

약간의 물리적인 도움,
기본 훈련 및 정기적인
치료 등 적절한 지원이
필요함.

 D

주의나 지시가
필요함.

 E

스스로 대소변을 보거나
물리적인 도움이 필요함.

의견

3. 아동이 연령에 맞게 식사를 하려면 어떤 지원이 필요합니까?

 A

물리적인 도움, 집중 훈련
및 일일치료 일체 등
많은 지원이 필요함.

 B

약간의 물리적인 도움,
기본 훈련 및 정기적인
치료 등 적정한 지원이
필요함.

 C

식사 예절과 응모 등에
대해 주의 또는 지시가
필요함.

 D

연령에 맞게
식사함(물리적으로 도움이
필요할 수도 있음).

의견

4. 아동이 같은 또래의 아이들과 동등한 수준으로 움직이는 데에 어떤 지원이 필요합니까?

 A

움직이려면 물리적인
도움, 집중 훈련 및
일일치료 일체 등 많은
개입이 필요함.

 B

움직이는데 누군가의
도움이나 적정 지원이
필요하고 적응 장치 사용
또는 사용법을 배우거나
기본 훈련이 필요할 수도
있음.

 C

달리기/기어가기/걸으려면
일려주거나 훈련식의
개입이 약간 필요함.

 D

달리기/기어가기/걷기를
하려면 약간의 격려가
필요함.

 E

어떤 지원도 필요치
않음. 아동이 연령에
맞게
달리기/기어가기/걷기를
함.

의견

5. 아동이 같은 또래의 아이들과 동등한 수준으로 의사소통을 하는 데에 어떤 지원이 필요합니까?

 A

현재로 서는 항상 다른 누군가가 아동의 필요사항을 판단해 대신 말해 주어야 함.

 B

아동이 집중 훈련 또는 치료 지원을 받으면 다른 사람에게 구두 또는 몸짓으로 충분히 자신을 표현하는 방법을 배울 수 있음.

 C

물리적인 지원을 통해(적응 장치, 통역사) 의사 소통할 능력을 갖고 있음.

 D

어떤 지원도 필요치 않음.

의견

6. 아동이 돈과 그 사용법을 아는 데에 어떤 지원이 필요합니까?

 A

돈에 대해 알기에는 너무 어렵.

 B

아동이 돈을 벌고 쓸 수 있도록 가족이 특별히 계책을 만들어 주어야 함.

 C

나이에 맞게 돈을 벌고 쓰도록 배울 필요가 있음.

 D

돈을 벌고 쓰는 것과 관련된 일/거래를 할 수 있도록 지시 및 주의가 필요함.

 E

어떤 지원도 필요치 않음. 연령에 맞게 돈을 벌고 쓰는 일을 스스로 할 수 있음.

의견

7. 아동이 선택하는 것과 책임을 지는 데에 있어 어떤 지원이 필요합니까?

 A

선택을 하고 책임을 지는 기회를 마련하는 데에 가족과 교사들이 특수한 기술적인 도움을 주고 받아야 하며 많은 지원이 필요함.

 B

선택을 하고 책임을 질 수 있는 다양한 기회를 마련하고 그에 대해 의미를 부여하는 등. 가족/교사들의 적절한 지원이 필요함.

 C

선택 및 책임의 범위에 대해 설명하는 방식으로 얼마간의 지원이 필요함.

 D

어떤 지원도 필요치 않음. 선택(활동, 음식 등을 표현하고 (과제, 자신 등)에 대한 책임을 지는 등, 다양한 기회를 활용할 준비가 되어 있음.

의견

제 2부 : 아동지원 필요 상황 평가서 (계속)

8. 아동이 주변을 알아보는 데에 어떤 지원이 필요합니까?

A
아동이 주변 환경을 알 수 있도록 지원/격려하는 다양한 기회를 만들려면 가족과 교사들이 특별한 기술적 도움을 주고 받는 등, 많은 도움이 필요함.

B
아동이 주변 환경을 알 수 있는 다양한 방법과 기회를 만들 수 있도록 가족과 교사들이 몇 가지 훈련/물리적인 도움을 주고 받는 등, 적절한 지원이 필요함.

C
아동이 주변 환경을 알 수 있도록 말로 격려하거나 아동이 신뢰하는 사람이 곁에 있 어주는 등, 얼마간의 지원이 필요함.

D
어떤 지원도 필요치 않음. 연령에 맞게 주변 환경을 알 준비가 되어 있음(적응 장치가 필요할 수도 있음).

의견

9. 아동의 치료 보건 상의 필요를 충족하려면 어떤 지원이 필요합니까?

A
아동에 대해 최소한 매일 한 번씩 전문가가 의료/보건 면에서 개입 또는 관찰하는 것이 필요함.

B
의료전문가에 의한 정기적인 (매주 또는 매월 단위) 관찰이 필요함.

C
훈련을 받은 다른 사람이 아동을 매일 지원 및 관찰하는 것이 필요함.

D
일반 커뮤니티, 의료제도를 통해 정기적이고 지속적인 치료 및 관찰이 필요함.

E
어떤 특별한 지원도 필요치 않음. 아동의 치료 및 보건상의 필요는 일반 커뮤니티 의료 제도를 통해 충족되고 있음.

의견

10. 가족이 아동의 필요사항에 지속적으로 대응하려면 어떤 지원 서비스가 제공되어야 합니까?

 A

아동과 부모에게 상당한 지원이 필요함. 현재 장애 위험 상황에 처해 있거나 특수 시설에 수용되어 있음.

 B

상당한 지원 필요/요청. (예) 적어도 한 달에 이를 이상 휴식 간호(respite) 요청. 가정부 의뢰. 장기적인 행동관리 훈련 요청. 광범위하고 많은 비용이 드는 환경 개조나 장비 필요. 케이스 담당자와의 잣은 접촉 요청 등.

 C

적정한 외부 지원 필요/요청. (예) 정기적인 휴식 간호(respite) 요청. 집중 단기 행동관리 요청. 부모 교육 또는 탁아 서비스 의뢰. 또는 케이스 담당자와의 잣은 접촉 요청 등.

 D

최소한의 외부 지원 필요/요청. (예) 간헐적인 휴식 간호(respite) 요청. 부모 지원 그룹에 의뢰. 또는 케이스 담당자가 적응 장치를 구할 수 있도록 지원 제공.

 E

어떤 특별한 지원도 필요치 않음. 가족이 필요한 적응 장치를 구비하고 있음.

의견

11. 같은 연령의 바-장애 아동과 같은 종류의 가족 관계를 형성하려면 아동에게 어떤 지원이 필요합니까?

 A

가족 생활 관계의 기회는 아동의 가족 역할에 대해 다른 가족 구성원에게 설명해 주는 타인에게 전적으로 의존하고 있음.

 B

가족의 한 구성원으로서 일반적인 가족의 역할을 맡으려면 일일/주 단위로 그 기회를 마련하는 등. 많은 지원이 필요함.

 C

가족의 한 구성원으로서 일반적인 가족의 역할을 맡는 데에 적응장치. 훈련 및 주의 등. 적정한 지원이 요구됨.

 D

자신을 가족에게 기억하는 한 구성원으로서 인정하고 또 인정받으면서 일반적인 가족의 역할을 맡는 데에 약간의 지원이 필요함.

 E

긍정적인 가족 관계를 구성하는데 어떤한 지원도 필요치 않음.

의견

제 2부 : 아동지원 필요 상황 평가서 (계속)

12. 아동이 상점이나 공원, 놀이터 등 일반적인 지역사회 시설을 알아보고 사용하려면 어떤 지원이 필요합니까?

 A

아동이 일반 시설들을
사용하려면 계속적인
물리적 지원 일체와
함께 가족에게 많은
지원(아마도 휴식 간호)이
필요함.

 B

적정 지원이 필요하다.
아동이 연령에 맞게
이들 시설들을 이용할 수
있도록 가족들이 다양한
방법을 고안해야 함.

 C

최소 한의 지원이 필요함.-
아동이 정기적으로 일반
시설들을 사용할 수 있는
방법에 대한 제안 또는
일부 지원을 가족이 원할
수도 있음.

 D

어떤 지원도 필요치
않음. 이들 시설들을
정기적으로 사용하고
있음.

의견

13. 아동이 연령에 맞게 다른 아이들과 어울려 놀 수 있는 기술을 개발하려면 어떤 지원이 필요합니까?

 A

아동의 놀이를 돋기 위해
타인의 도움이 많이
필요함. 아동의 놀이 기술
발달을 위해 부모가
특수한 적응 기구나 훈련
등을 요청할 수도 있음.

 B

아동의 놀이를 돋기 위해
구두나 일부 물리적인
개입을 통한 적정한
지원이 필요함. 아동의
놀이 기술 개발을 돋는
방법을 부모가 요청할
수도 있음.

 C

최소 한의 지원이 필요함.

 D

어떤 지원도 필요치
않음. 아동이 연령에
적합한 놀이 기술을
습득하고 있음.

의견

14. 아동이 비-장애 아동들과 어울려 놀 수 있는 기회를 가지려면 어떤 지원이 필요합니까?

 A

상당한 제도적 지원.
(예) 아동이 비-장애
아동과 상호 작용할 수
있도록 하는 "프로그램"을
제도적으로 마련해야
함.

 B

적정한 지원. (예)
부모가 다른 아동과
만날 수 있는 기회를
마련해야 함. 그러한
기회를 어떻게 만들 수
있는지 부모가 문의를 할
수 있음. 체계적인
지원을 제공할 필요가
있을 수도 있음. 예)
교통, 장애물이 없는 놀이
환경 등.

 C

최소 한의 지원. (예)
얼마간의 관찰. 아동이
고 제의 폭을 넓히고
적합한 연령대 아동과
고 제 기회를 늘릴 수
있는 방법에 대해
부모가 도움을 요청할 수
있음.

 D

어떤 지원도 필요치
않음.

의견

아동의 기별 서비스 플랜

성명

제 3부 : 서비스 플랜

결과	단기목표	서비스/방법	촉진자(FACILITATOR)	관찰플랜

ISP 제 4부 : 서명

성명	DDD 번호
----	--------

서비스 플랜 승인서

본인은 개별 서비스 플랜을 검토하였으며, 제 3부에 있는 목표와 서비스에 동의합니다. 본 서비스 플랜은 WAC 388-825-050에 의거해 반드시 제공된다는 보장은 없습니다.

다른 목표는 본인의 승인과 서명 없이는 추가될 수 없습니다.

수혜자의 서명	날짜
대리인의 서명	날짜
케이스/리소스 매니저의 서명	날짜

항소권

당국의 조치에 대해 항소를 하려면 이 통지서를 받으신 날로부터 구십(90) 일 이내에 행정심의회를 신청해야만 합니다.

DDD로부터 현재 유급서비스를 받고 계시는 분으로서 항소 기간 중에 계속해서 서비스를 받으려면 _____ 까지 행정심의회 신청서를 접수해야만 합니다.

- 항소 기간 중에 유급 서비스를 계속 받기로 선택하게 될 경우 행정심의회 때 당국의 승소로 최종 판결이 나면 그 기간 중에 받은 본 유급서비스에 대해 최대 60일분까지 책임져야 할 수도 있습니다.
- 항소 기간 중에 유급서비스를 원치 않으시면 아래로 연락하십시오.

케이스/자원 매니저

전화번호

귀하에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- 대변인을 대동할 권리(무료 법률 지원도 받을 수도 있습니다)
- 해당 결정을 하는 데 DDD에서 검토한 파일과 모든 정보의 사본을 요청할 권리
- 증거물로 사용할 수 있는 서류를 제출할 수 있는 권리
- 심의회에서 증언을 하거나 증인을 출두 시켜
- 당국의 증인을 대질 심문할 권리

행정심의회 신청서는 이 서신에 동봉되어 있습니다.

질문이 있으십니까?

본 결정사항이나 항소절차에 질문이 있으면 아래로 연락하십시오.

이름	전화번호	지역사무소
----	------	-------



**아동 기별 서비스 플랜(ISP)
심의회 신청서**

준수 규정: DSHS 심의회 규정 제 388-02

FOR AGENCY USE ONLY

Oral request taken by:

NAME

TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

수신 : OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

팩스 : 360-586-6563

- 본인은 발달장애부(DDD)에서 결정한 다음 서비스나 서비스 제공자에 대해 동의하지 않기 때문에 심의회를 신청합니다.

이름 (정 자 치로 기입)	생년월일		
심의회 신청인 주소	수혜자 ID 번호		
시	주	우편번호	전화번호(지역번호 포함)
<input type="checkbox"/> 메시지 녹음 전화			
통지서 수령날짜와 제공처는 다음과 같습니다. _____ 제공처 _____ 날짜 _____ DSHS 사무처 이름 및 위치 _____			
자격이 된다면 계속 지원을 받기를 원합니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 프로그램: _____			
본인의 대리인은 다음과 같습니다.(스스로를 대변할 경우 다음 두 칸은 기입하지 않아도 됩니다)			
대리인 이름	기관	전화번호	
주소 도로	시	주	우편번호
<input type="checkbox"/> 본인은 본인의 심의회에 관한 정보를 본인의 대리인에게 제공해도 팀을 승인합니다.			
설명		날짜	
심의회 때 통역관이나 어떤 지원 혹은 편의시설이 필요합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 '예'일 경우 해당 언어 혹은 필요한 지원을 기입하십시오. _____			
행정법 판사(ALJ's)는 전화로 심의회를 개최할 수도 있습니다. 면담식 심의회를 원하시면 OAH에서 우송한 심의회 통지서의 지시사항을 따르십시오.			